



# Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA  
PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Raffaele De Caro*

## TESI DI LAUREA

FRA CRESCERE E APRIRSI: UN PERCORSO GESTUALE SIGNIFICATIVO  
IN ALCUNI CASI DI LOMBALGIA

RELATORE: Ft., Dott., Prof. Natale Migliorino

LAUREANDA: Paola Veronese

Anno Accademico 2015-2016



## INDICE

RIASSUNTO.....	pag 4
ABSTRACT.....»	5
1. INTRODUZIONE.....»	6
1. 1. IL PROBLEMA LOMBALGIA.....»	6
1. 2. LA DIAGNOSI DI LOMBALGIA.....»	7
1. 3. I MOTIVI PERSONALI.....»	9
1. 4. GLI SCOPI.....»	9
2. METODOLOGIA.....»	11
3. ESPERIENZA.....»	14
3. 1. PAZIENTE: MARINA.....»	14
3. 2. PAZIENTE: DARIO.....»	19
4. DISCUSSIONE.....»	22
4. 1. GRADO DI SVILUPPO DEI TEMI.....»	22
4. 2. GUIDA PEDAGOGICA.....»	24
4. 3. FORME DI COGNIZIONE.....»	26
5. CONCLUSIONI.....»	28
BIBLIOGRAFIA.....»	30
ALLEGATI.....»	31

## **RIASSUNTO**

La lombalgia è un problema che “continua a disorientare gli esperti. Nonostante la quantità di informazioni oggi disponibile grazie alla tecnologia moderna, si usano largamente segni e sintomi come base per determinare il trattamento conservativo” (Kendall, 2005).

**IPOTESI DI LAVORO.** La lombalgia, dal punto di vista esperienziale, è anzitutto una sofferenza della somestesi somatica. Lo scopo è indagare le difficoltà somestesiche di pazienti che soffrono di lombalgia, attraverso le forme gestuali del crescere e dell'aprirsi.

**METODOLOGIA.** L'apprendimento delle forme gestuali ha richiesto una prima iniziale esperienza e la successiva sensibilizzazione. Si sono selezionati 2 pazienti con lombalgia né tumorale, né infiammatoria. Sono state compiute 3 sedute in tutto. Le trascrizioni delle audioregistrazioni sono state valutate con un'analisi contenutistica, per far emergere la struttura formale che l'esperienza ha assunto (secondo le categorie di: somestesi, strategie di facilitazione o di regolazione, e interpretazioni e associazioni spontanee), e con un'analisi processuale, per rilevare i dati utili alle esigenze pragmatiche e conoscitive del terapeuta.

**RISULTATI.** I dati con valore di risultato sono quelli emersi dai 2 tipi di analisi, ma soprattutto da quella processuale, che si è articolata in sviluppo dei temi, guida pedagogica, e cognizioni. Considerando lo sviluppo dei temi di esperienza, si sono potute evidenziare precise informazioni riguardo alla coerenza e all'esaustività della proposta. Guardando alla guida pedagogica, si è fatto specifico riferimento alle difficoltà che la terapeuta si è trovata a gestire e al ruolo e all'efficacia delle strategie proposte, in questo modo si è provata la validità di molte delle strategie regolative usate. Riguardo alle cognizioni, con il loro corollario di scoperte, interpretazioni, e giudizi, riporto rispettivamente le scoperte somestesiche fatte dal paziente, i casi di probabili scoperte mancate, le strategie che sarebbero occorse.

**CONCLUSIONI.** La novità e l'interesse di questo lavoro di tesi sta nell'aver elaborato e applicato uno strumento, l'analisi contenutistica e quella processuale, utile al terapeuta, per strutturare la proposta delle forme gestuali e farne emergere i punti critici.

Da questo strumento agile, si possono analizzare e riassumere i dati che usciranno dalle singole esperienze.

## ABSTRACT

**TITLE.** Between standing up and opening: a significant gestural path in some cases of low back pain

Low back pain is a problem “that continues to bewilder experts. Despite the amount of information available today thanks to modern technology, signs and symptoms are largely used as a basis for determining conservative treatments.” (Kendall, 2005)

**WORKING HYPOTHESIS.** From the experiential point of view, low back pain is foremost a somesthetic suffering. The aim is to investigate the patients somesthetic difficulties suffering from low back pain, through the gestural forms of standing up and of opening.

**METHODOLOGY.** The gestural forms learning required a first initial experience and the subsequent awareness. Two patients were selected with not cancerous and not inflammatory low back pain. A total of three sessions were performed. The transcripts of the audio recordings were subjected to analysis of content, to bring out the formal structure that the experience took (by category of somesthesia, facilitation or adjustment strategies, associations and spontaneous interpretations), and to procedural analysis, to obtain useful data to the therapist pragmatic and cognitive needs.

**RESULTS.** Data with the result value are those that emerged from the two types of analysis, but especially from the procedural one, which was divided into: topics development, pedagogical guide, forms of cognition. Regarding to the experience themes development, we were able to highlight specific information relating to the coherence and the completeness of the proposal. About the pedagogical guide, specific reference was made to the difficulties that the therapist has had to manage, and to the role and effectiveness of the proposed strategies, in this way the validity of many of the regulatory strategies used has been demonstrated. With regard to knowledge, with their corollary of findings, interpretations, and judgments, I refer respectively somesthetic discoveries made by the patient, the cases of likely miss discoveries, the strategies that would have occurred.

**CONCLUSIONS.** The novelty and interest of this thesis lies in having developed and implemented a tool, the content and proceedings analysis, useful to the therapist, to structure the gestural forms proposal and reveal the critical points. From this handy tool, we can analyze and summarize data will be released by individual experiences.

## **1. INTRODUZIONE**

### **1. 1. IL PROBLEMA LOMBALGIA**

Lombalgia è definita quella sindrome (Morlacchi, 2006) dolorosa situata e limitata alla regione lombare, espressione clinica di un processo che colpisce le strutture osteofibrose del rachide lombare, senza determinare risvolti alle radici spinali corrispondenti.

È molto frequente nella popolazione adulta.

I segni clinici sono: il dolore spontaneo localizzato al rachide lombare e accentuato alla pressione locale ed ai tentativi di muovere il tronco, la contrattura dei muscoli paravertebrali, che obbliga nel tipico atteggiamento in lieve flessione anteriore o laterale del rachide lombare, e la rigidità del tronco, evidenziabile nei tentativi di flettere anteriormente il rachide. Essi si riscontrano con intensità varia.

Dal punto di vista fisiopatologico, il dolore è ritenuto espressione clinica della irritazione delle fibre nervose che provengono dal nervo seno-vertebrale di Luschka e si distribuiscono alla porzione periferica dell'anello fibroso, al legamento longitudinale posteriore, al periostio che ricopre i corpi vertebrali e l'arco posteriore delle vertebre, alle strutture capsulolegamentose delle articolazioni interapofisarie.

A seconda dei caratteri di insorgenza e di intensità, e a scopo didattico, la lombalgia si può distinguere in acuta o cronica: acuta se si instaura improvvisamente, spesso anche senza causa apparente, cronica se si protrae nel tempo.

#### **Lombalgia acuta**

I meccanismi che più frequentemente determinano lombalgia acuta sono: la distensione acuta dell'anello fibroso o la distorsione delle articolazioni interapofisarie.

Nella distensione acuta dell'anello fibroso, il dolore sembra causato dalla irritazione delle terminazioni sensitive delle fibre nervose dell'anello fibroso e del legamento longitudinale posteriore, messe in sovratensione dalla spinta esercitata dal nucleo polposo. Generalmente questa forma di lombalgia si risolve con il riposo, in posizione di scarico per la colonna lombare, in modo da ridurre la pressione esercitata dal nucleo polposo sull'anello fibroso, riportando quest'ultimo alla primitiva morfologia.

Nella, meno frequente, distorsione delle articolazioni interapofisarie, il dolore sembra dovuto alla distrazione o a microlacerazioni della capsula di rivestimento di queste

articolazioni. Distrazione e microlesioni possono verificarsi durante incongrui movimenti di rotazione del tronco.

Generalmente si risolve in pochi giorni con riposo e terapia medica (antinfiammatori, miorilassanti), ma talvolta evolve gradualmente nel quadro clinico della lombosciatalgia, oppure sfuma nella forma cronica.

### **Lombalgia cronica**

Si può presentare tale fin dall'inizio, oppure derivare dalla cronicizzazione di un quadro acuto o subacuto. Sono più frequenti rispetto alle forme acute, e diventano spesso esasperanti per il loro protrarsi nel tempo, e la limitazione dell'attività lavorativa del paziente.

Le cause più frequenti sono: la protrusione dell'anello fibroso, l'artrosi intersomatica e l'artrosi interapofisaria, le anomalie congenite del rachide, gli squilibri statico-dinamici, i processi infettivi, le osteopatie metaboliche, le forme neoplastiche.

La protrusione (Kisner, 2014) dell'anello fibroso è data dalla sua rottura, e può essere causata da affaticamento da carico protratto nel tempo o in seguito a una rottura traumatica. Con sforzi torsionali, l'anello si distorce in corrispondenza dell'angolo postero-laterale opposto al senso di rotazione. Gli strati dell'anello fibroso esterno perdono coesione tra di loro e cominciano a separarsi. Ogni strato agisce separatamente come una barriera per il materiale nucleare, finché si generano rotture radiali e il materiale nucleare si infiltra tra gli strati.

L'artrosi intersomatica comporta osteofitosi del bordo posteriore del corpo vertebrale, mentre l'artrosi interapofisaria consiste nella proliferazione di osteofiti tra le piccole apofisi posteriori e restringimento del foro vertebrale.

Le anomalie congenite del rachide, come sacralizzazione, schisi della prima vertebra sacrale, spondilolisi e spondilolistesi, possono rappresentare fattori responsabili del sovraccarico funzionale dei dischi o di un restringimento del forame vertebrale.

Gli squilibri statico-dinamici si vengono a determinare per spostamento della linea di carico del rachide, dovuti spesso a obesità, gravidanza, deficit della muscolatura paravertebrale.

## **1. 2. LA DIAGNOSI DI LOMBALGIA**

Si basa sull'anamnesi e sulla sintomatologia, che vengono integrate con la diagnostica

per immagini: radiografia, tomografia computerizzata (TC), risonanza magnetica nucleare (RMN).

Con la radiografia si riscontra spesso riduzione della fisiologica lordosi, associata o no a deviazione laterale, per contrattura muscolare del rachide lombare.

Con la RMN si riesce ad evidenziare l'impronta scodelliforme che la protrusione discale determina sul profilo anteriore del sacco meningeo lombare.

Ma (Kendall, 2005) “nonostante la quantità di informazioni oggi disponibile grazie alla tecnologia moderna, la lombalgia continua a disorientare gli esperti. Si usano largamente segni e sintomi come base per determinare il trattamento conservativo. E, anche quando questi segni e sintomi sono obiettivi, spesso si trova una variabilità tra esaminatori per ciò che concerne l'interpretazione appropriata del loro significato clinico. In molti casi l'interpretazione di questi segni e sintomi non è ancora adeguata per giungere a una diagnosi conclusiva.”

Data la complessità del problema, anche in questo caso si deve ricorrere al ragionamento clinico, che rimane sempre alla base dell'operare clinico.

### **Difetti di prospettiva**

Attualmente, però, la cultura riabilitativa (Migliorino, 2010) generale è impegnata ad affrontare anche la sfida che le proviene dalla Medicina basata sulle evidenze (EBM), e l'annessa pratica basata sulle evidenze (EBP), il cui assunto scientifico ed etico è che si debbano accettare solo pratiche terapeutiche che abbiano dato prova di efficacia negli esperimenti scientifici. Il tentativo, nobile, di voler fondare gli assunti dell'arte terapeutica nella conoscenza scientifica, si rivela critico fin da subito: i dati della letteratura tendono a mettere in evidenza l'incertezza insita in molte pratiche di indagine e terapeutiche e riduce la pratica riabilitativa del terapeuta.

Un'altra istanza culturale recentemente assimilata dal mondo riabilitativo è il modello biopsicosociale (BPS): esso si è affermato perché il mondo sanitario si è accorto da alcuni anni che la diagnosi e la gestione della salute non potevano limitarsi a un paradigma biomedico che considera la salute e la malattia su un piano strettamente fisico. Ma, di fatto, le ricerche che si sono attivate per affrontare temi di ordine BPS si sono poste in linea di continuità con il paradigma biomedico, e hanno trattato i fenomeni psichici e sociali come dati quantificabili.



L'impressione generale è che i modelli EBM e BPS, a partire dal loro tentativo di proporsi come norme per la pratica terapeutica, costituiscano sovrastrutture alle quali si cerca in tutti i modi di adattare i corpi del paziente e del terapeuta. Ciò rivela la criticità insita nella pretesa del primato della scienza nei confronti dell'esperienza terapeutica.

In effetti, nell'esperienza terapeutica si esprimono processi di costruzione di senso non assimilabili ai canoni logici della scienza tradizionale: l'analogia con cui si individua una somiglianza di rapporto fra 2 casi; l'abduzione, mirata a costruire il senso di un evento sorprendente; ancor più primariamente i processi percettivi di sintesi passiva che spontaneamente strutturano l'esperienza percettiva.

Si rende così necessario recuperare l'idea di limite, come aspetto non contingente, ma costitutivo della scienza, in quanto impresa umana. Senza consapevolezza del proprio limite, la scienza è destinata a degenerare in scientismo ingenuo.

### **1. 3. I MOTIVI PERSONALI**

I motivi personali che mi hanno fatto avvicinare alla questione non sono legati al problema clinico in sé, ma al metodo con cui lo si è voluto indagare, la riabilitazione ispirata alla filosofia fenomenologica.

Ricordo l'impressione che ho ricevuto dalla lettura dei primi capitoli del libro del mio relatore ("Il Gesto terapeutico. Forma e contatto", FrancoAngeli editore): è stato come trovarmi immersa in un ambiente acquatico, dove tutto è in leggero movimento, dove ogni perturbazione si propaga ondeggiando a tutto il resto. Sono stata attratta verso questa via, che fin dall'inizio ho percepito come l'approdo della terapia, perché rimette al centro i due protagonisti della esperienza terapeutica e dà loro tempo e luogo per esprimersi e comprendersi.

In seguito, fra i miei amici, ho trovato i due casi che ho trattato come pazienti, e ai quali ho proposto questo metodo nuovo, che definirei umano e umanizzante.

### **1. 4. GLI SCOPI**

Sono stati evidenziare i problemi e il processo di acquisizione delle forme gestuali del crescere e dell'aprirsi nell'esperienza terapeutica dei pazienti lombalgici. Si tratta di scopi dal carattere conoscitivo e pragmatico.

Gli scopi conoscitivi sono stati mirati a rilevare quali sono le particolari forme di sofferenza del sentire manifestate dai pazienti con lombalgia. Le difficoltà, su cui ci

siamo focalizzati, rappresentano la spia di un problema che richiede da parte dei terapisti una risposta, una proposta per un cambiamento terapeutico. Inoltre, questi tipi di sofferenza somatica, adeguatamente riconosciuti nel loro manifestarsi, ma anche nel loro significato più ampio, servono al terapeuta per orientarlo sul piano terapeutico, rappresentano la base per una proposta terapeutica più mirata verso i pazienti. In funzione terapeutica - pragmatica, queste forme di difficoltà saranno i punti di riflessione su cui impostare strategie per arrivare a sentire meglio, più delicatamente, più adeguatamente, secondo le esigenze terapeutiche.

## **2. METODOLOGIA**

Il ritmo con cui si è scandito il lavoro è stato molto irregolare: lento all'inizio e produttivo solo nel periodo in cui non sono stata impegnata con i tirocini dell'ultimo anno.

### **Apprendimento delle forme gestuali**

Gli incontri esperienziali, 8 in tutto, con il mio relatore, si sono tenuti una volta ogni 2 settimane. Si sono approfonditi i temi in modo pratico-esperienziale, facendo ampio riferimento anche alle difficoltà somestesiche possibili dei pazienti e al loro possibile superamento attraverso alcune strategie.

La sensibilizzazione con questi gesti è stata incostante: molto ben impressionata all'inizio, mi sono bloccata di fronte alla complessità di quello che sarebbe potuto accadere con i pazienti. Mi sono trovata spesso, però, durante il tirocinio, a proporre i gesti ai pazienti, in un modo un po' ingenuo, solo per far apprezzare “quanto bello è!”

Per guidare l'approccio ai pazienti, è stata stilata una scheda d'indagine (vedi Allegato n. 1) rivolta soprattutto a registrare la somestesi spontanea. A questa traccia mi sono riferita nella proposta fatta ai pazienti.

### **Esperienza con i pazienti**

Nella selezione dei pazienti con lombalgia, sono stati esclusi quelli con patologia di origine neoplastica, infiammatoria e psicologica (patologie corrispondenti alla sigla NIP), i troppo giovani, con età inferiore ai 18 anni, e i troppo anziani, con età superiore ai 65 anni, e quelli con patologia mentale grave, tale da non permettere una connessione con il proprio sentire corporeo, che è la condizione richiesta dal tipo di indagine di interesse.

Ho scelto 2 pazienti, Marina, 63 anni, e Dario, 55 anni. 3 sedute in tutto.

Le sedute sono state audioregistrate e le audioregistrazioni sono state trascritte, in modo letterale.

### **Analisi dei dati**

A partire dal flusso dialogico fra terapeuta e paziente durante le esperienze, il primo passaggio di elaborazione è consistito nell'analisi tematica e processuale (vedi Allegato

n.2). In questo modo, si è delineato un orientamento, ma ancora solo abbozzato. Il successivo passaggio è stato quello di enucleare le unità di esperienza.

Un'unità di esperienza individua un tema di esperienza, che, a sua volta, si articola nei temi categoriali, cioè nei significati delle cose che sono successe, con il loro corollario di temi specifici.

Questo prospetto descrittivo-sintetico non solo ha aiutato ad identificare bene le dinamiche che sono avvenute in ciascuna unità, ma è servito anche per fare una sintesi fra un'unità di esperienza e l'altra (vedi Allegato n.3). Infatti, i temi categoriali, che si trovano nelle unità di esperienza, rappresentano le unità formali di cosa si è fatto. Ciascuna unità di esperienza ha una strutturazione, che è un carattere sistematico, perciò una struttura formale propria.

### **Analisi contenutistica**

La struttura di ciascuna unità comprende vari elementi: somestesi, strategie, associazioni spontanee, che si possono definire aspetti formali, in quanto sono la forma che l'esperienza ha preso sulla base di esigenze metodologiche.

La somestesi spontanea è un aspetto formale: il fatto che sistematicamente, all'inizio, sia presente la somestesi spontanea significa che sistematicamente, nella proposta terapeutica, ho dato spazio a cosa usciva spontaneamente, ho dato privilegio iniziale a tener aperta l'esperienza alle prime forme di scoperta somestesica. Questo elemento caratterizza sistematicamente e perciò metodologicamente l'esperienza.

Poi, sistematicamente, sono venute le strategie, che possono essere state in funzione percettiva, o in funzione regolativa. Sull'atto riflessivo, sulla significazione che possono aver avuto le esigenze manifestate dal paziente più o meno consapevolmente, ma sempre emanate dalla somestesi spontanea, sono state poste alcune strategie. Le strategie sono adattamenti delle proposte terapeutiche mirate a modificare particolari condizioni di difficoltà che si sono precedentemente manifestate. Si tratta, ancora una volta, di un aspetto metodologico che rappresenta una forma concreta, genuina di un processo centrato sul paziente. Centrato sul paziente, in quanto si è dato preliminarmente spazio alla sua spontaneità di manifestazione e in base a quella sono state adottate le strategie.

Poi ci sono anche le interpretazioni e le associazioni spontanee. Queste possono essere state interpretazioni legate a quello che è successo nelle strategie, ma a volte anche le

ipotesi di tipo teorico che sono state espresse, sia da parte mia, sia da parte del paziente.

Si costituisce, così, una struttura che è soprattutto descrittiva di ciò che è successo.

### **Epistemologia**

Connesso all'aspetto metodologico c'è quello epistemologico: il tipo di sapere privilegiato nella presente ricerca è il sapere in fase nascente, il sapere dell'esperienza, sapere che nasce nel momento presente. In particolare è il sapere del sentire corporeo. Il sapere teorico non si impone fin dall'inizio a programmare le cose, ma si presta a fare da supporto rispetto a quello che avviene. Anzi: quello che avviene, in sé, è già sapere. Cogliere relazioni causali tra, per esempio, un movimento che faccio e il dolore che varia in un certo modo, o scoprire che quando faccio un certo gesto nell'esperienza terapeutica, quel gesto sento che pone una certa relazione fra una parte e un'altra del mio corpo, queste sono piccole scoperte, piccoli saperi in fase nascente, che emergono, si costruiscono, si abbozzano. Piccoli saperi dell'esperienza che cercano di integrarsi fra di loro, che possono anche dare supporto esplicativo ai saperi acquisiti in precedenza. Non è il sapere esplicativo a guidare la mia prassi, ma esso ha una funzione di appoggio e di possibile spiegazione. Il mio tipo di sapere non è solo il tipo di sapere certo, dimostrativo che si impone sull'esperienza. Quella che si propone è una epistemologia del sapere esperienziale. Il sapere esperienziale legittima la realtà dei fenomeni in quanto tali, senza contraddire il sapere teorico, ma ponendo una relazione fra diversi ordini di saperi. La varietà di fonti del sapere richiede la ricerca delle loro reciproche connessioni.

### **Analisi processuale**

Poi, considerando l'insieme, il ricercatore può farsi un'idea generale per interpretare a sua volta (vedi Allegato n. 4). Questa interpretazione si realizza nell'analisi processuale, in cui il pensiero riflessivo si applica all'insieme dell'esperienza, rilevando le criticità, non solo del paziente, ma anche degli interventi del terapeuta. È soprattutto questo l'interesse del presente lavoro di tesi: poter sviluppare una riflessione critica non solo della condizione del paziente, ma anche del proprio ruolo di terapeuta e di come lo si interpreta. Darsi uno strumento che favorisca questa considerazione riflessiva, critica di sé, è molto utile per crescere, per formarsi in tutto l'arco del proprio percorso professionale.

### 3. ESPERIENZA

Descrivo le singole esperienze, nell'ordine in cui le ho proposte.

#### 3. 1. PAZIENTE: MARINA

##### Prima seduta

Sono state compiute 5 esperienze.

Nella esperienza 1, **gesto del Crescere: avanzare con il tronco**, emerge differenza somestesica tra arto destro e sinistro: l'arto destro è pesante, e dolente al carico; il piede sinistro carica anteriormente. Entrambi gli arti soffrono somestesicamente: uno per una pesantezza, passività, e l'altro perché il peso poggia in avanti secondo una forma trattenuta. Data la scarsità percettiva, ho posto una strategia in funzione percettiva: una variazione di appoggio dei piedi più avanti. Si è trattato di un accorgimento mirato soprattutto al piede sinistro, per poter appoggiare meglio. In effetti, permane la sofferenza somestesica ai piedi (“non sento niente”), alla schiena (debolezza e “qualcosina che tira”), all'arto destro (passivo, compresso e privo di vitalità), ma l'arto sinistro sta meglio. La paziente si coinvolge anche cercando di dare spiegazioni e interpretazioni del suo sentire corporeo, e richiamando altre situazioni: l'arto destro è costantemente dolente, e i piedi, nel periodo attuale, soffrono di formicolio.

Nella esperienza 2, **gesto del Crescere: radicare i piedi**, si manifesta la difficoltà di eseguire il compito motorio. Ho cercato una posizione di partenza facilitante, facendo indietreggiare l'appoggio di entrambi i piedi. Ma l'arretramento è stato eccessivo, infatti si verifica distacco bilaterale del retropiede. Nel recupero di una posizione intermedia, la esecuzione del gesto procura sensazione incerta di elevazione della metà sinistra del corpo, che però non è stata valutata in modo puntuale; mentre permane la condizione di insensibilità corporea a destra, già vista nell'esperienza precedente. Nota positiva: la paziente apprezza la posizione seduta alta. Ho posto una strategia di facilitazione per l'arto destro, che ha aperto verso la scoperta di attivazione tonica dell'addome. La paziente si pone ancora in modo proattivo, fornendo dati della sua storia clinica: rappresentazione posturale alterata, perdita di equilibrio ad occhi chiusi, otite da bambina.

Nell'esperienza 3, il **gesto dell'Aprirsi: aprire le ginocchia** porta a una sofferenza

(“iniziale fastidio”) alla schiena, a cui si cerca di rimediare ricorrendo a una regolazione dell'ampiezza del gesto, secondo il criterio della sopportabilità del sintomo, e anche alla strategia somestesica dell'ancoraggio coccigeo. L'ancoraggio coccigeo ha permesso di porre in retroversione il bacino, e di ridurre la lordosi lombare, e il sintomo non si è più manifestato. Ancora una volta gli arti rivelano sofferenza: la coscia sinistra si attiva, ma poi si stanca, invece la coscia destra si ammacca sotto. In merito alla sensazione di ammaccatura della coscia destra, la paziente ipotizza una mal disposizione. Ho rivolto l'attenzione verso la somestesi dell'arto destro che, in risposta al compito motorio, “esegue, ma non sente, sente solo dolore”, e la paziente si è rifugiata nell'anatomopatologia del ginocchio destro. Non è stata valutata la risposta dei piedi, e in modo incompleto quella del tronco.

Nell'esperienza 4, il **gesto dell'Aprirsi: aprire le mani**, la risposta somestesica si è diversificata a seconda dell'ampiezza del gesto di apertura delle mani negli spazi inferiore, intermedio e superiore, proposti in questa successione. In particolare, l'apertura negli spazi inferiore e intermedio non ha prodotto risposte somestesiche all'addome. È stata, perciò, introdotta, per il gesto nello spazio inferiore, una strategia di accenno (“stare sull'inizio”), che ha aperto alla risposta tonica dell'addome. L'apertura nello spazio intermedio, vista la risposta positiva poco prima sperimentata, si è ritenuta facilitata, perciò ho proposto una strategia di economia corporea (“rilassa!”), che ha dato una risposta tonica dell'addome solo incerta. L'apertura nello spazio superiore ha evidenziato dapprima una migliorata somestesi della schiena, ma insensibilità verso la contrazione tonica dell'addome, invece in un secondo momento l'addome pare contrarsi ma solo a sinistra. È mancata l'indagine verso tutta l'espressività del gesto dell'APRIRSI.

Nell'esperienza 5, **gesto di intensificazione del Crescere: elevare il capo**, la risposta somestesica ha evidenziato segni di schema trattenuto: piedi più leggeri, schiena dorsale sofferente, e muscolatura toracica che tira verso l'alto. La strategia in funzione percettiva è consistita in un piccolo avanzamento del tronco. Lo schema deviato non si è risolto, si è modificato solo l'appoggio del piede destro (dichiarato “ben piantato”). Permane il piede sinistro sollevato e una ridotta capacità respiratoria. La paziente, al principio di questa esperienza, riporta in termini di apprezzamento un'esperienza recente di arrotolamento stretto della colonna cervicale superiore, argomento che, mio malgrado, ho lasciato cadere. E, riguardo alla riduzione della capacità di respirare, la

paziente riferisce il pre-giudizio sulla bontà del respiro diaframmatico, e il suo senso soggettivo di incapacità e inadeguatezza che ne è derivato.

## **Seconda seduta**

Ho proposto 14 esperienze. Eccole, nell'ordine temporale.

Nell'esperienza 1, **predisposizione spontanea della seduta alta** si riscontra una sofferenza somestesica alla schiena (“schiena stanca”). Per regolare la seduta, propongo una prima strategia di avanzamento della seduta, che dapprima sembra essere ben accolta, ma poi è rivalutata negativamente (probabilmente a causa di una domanda posta male da me -vedi a. processuale). Di seguito propongo di alzare la seduta, e così si raggiunge lo scopo: la somestesi risulta “dritta”. La paziente fa richiami sulla sua seduta abituale, che è cedevole, al suo sentirsi dritta quando il piano di appoggio del bacino è indietreggiato, e sulla sua posizione a tavola che è dritta perché appoggia i gomiti.

Nell'esperienza 2, **gesto del Crescere: avanzare con il tronco** la risposta somestesica spontanea, analogamente all'esperienza 1 della prima seduta, fa riscontrare, come nelle esperienze precedenti, una sofferenza di entrambi gli arti, ma differenziata tra i 2: la coscia destra si contrae poco, e la coscia sinistra si attiva più posteriormente. La novità è rappresentata dal piede destro, che poggia più del sinistro. Per attivare la coscia sinistra anche anteriormente ho posto una strategia in funzione percettiva: l'avanzamento dell'appoggio dei piedi. La strategia si è dimostrata risolutiva per attivare tutta la coscia sinistra. La coscia destra rimane insensibile. Non è stato rivalutato l'appoggio dei piedi.

Nell'esperienza 3, **gesto del Crescere: radicare i piedi**, si manifesta la difficoltà a spingere con i piedi, perciò è stato ribadito l'avanzamento del tronco nella posizione di partenza. Nella somestesi spontanea si riscontra l'attivazione tonica dell'addome. Purtroppo l'esperienza rimane molto carente, riguardo alla somestesi del tronco. La paziente riferisce condizioni di partenza migliori, cioè meno sintomatiche, rispetto alla prima seduta, in particolare la possibilità di sostenere la posizione distesa sul fianco destro.

Nell'esperienza 4, **gesto dell'Aprirsi: aprire le ginocchia**, la risposta somestesica spontanea fa rilevare una condizione neutra per la schiena (“non ha niente”). Dei piedi non è stata richiesto, perciò manca il dato.

Da sottolineare, perché ha valore di scoperta, la considerazione da parte della paziente che c'è limitazione reciproca tra apertura delle ginocchia e stabilità di appoggio dei



piedi.

Nell'esperienza 5, è stato ripreso il **gesto del Crescere: avanzare con il tronco**, probabilmente perché mi sono accorta che non avevo indagato bene l'esperienza. Ma è mancata ancora la valutazione dell'appoggio dei piedi, e la somestesi spontanea si è orientata esclusivamente alla schiena. La schiena è sentita “un po' contratta”. Ho indicato la strategia di proiezione verso l'avanti, e vari criteri: seguire una via di mezzo, evitare di procurarsi dolore, mantenere la libertà di movimento, e da ultimo realizzare un movimento “senza difetti”. Tutto questo anche in risposta alle autoregolazioni e autostrategie adottate dalla paziente, da lei stessa definite con qualità contratta e bloccata.

Nell'esperienza 6, il **gesto dell'Aprirsi: aprire le mani**, la somestesi spontanea si è differenziata secondo lo spazio entro cui si richiedeva il gesto. Solo lo spazio inferiore ha richiesto una strategia di facilitazione percettiva rivolta all'attivazione tonica dell'addome inferiore. La strategia di stare sul primo accenno, che è risultata efficace, anche se la qualità del sentire non è stata nitida. L'apertura delle mani negli spazi intermedio e superiore ha manifestato da subito contrazione tonica dell'addome. La paziente ha considerato, alla fine dell'esperienza, di non possedere una sensibilità affinata, allenata.

Nell'esperienza 7, **gesto di intensificazione del Crescere: elevare il capo**, la somestesi ha fatto registrare gli stessi elementi, prima e dopo le regolazioni in funzione percettiva: il piede destro poggia più del sinistro. La posizione di partenza, leggermente avanzata col tronco, è percepita come innaturale / compressa, schiena sofferente e torace in tensione. La paziente mette in atto regolazioni di minor avanzamento del tronco, da cui ricava una miglior somestesi. Al contrario, strategie di carattere limitante (“non alzare la cassa toracica”, “immagina di alzare la testa”), proposte da me, sono state ritenute insoddisfacenti dalla paziente. La paziente ha insistito a riportare una somestesi molto piacevole quando ha riprodotto il gesto senza avanzamento del tronco.

Nell'esperienza 8, **gesto di intensificazione del Crescere: avanzare con le mani**, la somestesi spontanea fa rilevare la schiena in leggera sofferenza (“un po' debole”) e, secondo le aspettative, la risposta tonica dell'addome. Sono mancate una valutazione più precisa del tronco e la risposta somestesica dei piedi.

Nell'esperienza 9, **regolazione dell'Aprirsi: ancorare il coccige** la somestesi spontanea

ha registrato una qualità positiva per la schiena (“sta bene”), e una differenza sensibile nell'appoggio tra i 2 piedi: il piede sinistro è “sospeso”, il piede destro è “piantato” a terra. Data la formulazione fuorviante del compito (ho richiesto di spingere con i piedi), il risultato di appoggio diversificato dei piedi ha anche valore diagnostico.

Nell'esperienza 10, il **gesto del Crescere: avanzare con il tronco**, in posizione in piedi, è stato inficiato dal non aver posto il limite di mantener invariato l'appoggio dei piedi, infatti la paziente dichiara di fissare le punte dei piedi. All'osservazione in 3<sup>a</sup> persona, risulta che la schiena curva in basso mentre le ginocchia rimangono quasi inerti. Pongo la strategia della rottura della verticalità alle ginocchia che comporta, all'osservazione in 3<sup>a</sup> persona, anche rottura della verticalità all'anca oltre che cifosi dorsale. Richiedo di impiegare il criterio di schiena slanciata. Secondo la somestesi, il coccige, va indietro.

Nell'esperienza 11, il **gesto dell'Aprirsi: aprire le ginocchia**, dalla posizione in piedi, l'attivazione muscolare coinvolge le cosce laterali, ma anche mediali e anteriori, i polpacci, l'addome, e in modo incerto la schiena. Mi sono limitata a rilevare questa somestesi, trascurando completamente appoggio dei piedi e l'inclinazione del bacino.

Nell'esperienza 12, dalla posizione in piedi, il **gesto dell'Aprirsi: aprire le mani**, come nelle precedenti esperienze, ha riscontrato l'attivazione tonica dell'addome nei 3 spazi di apertura delle mani. Inoltre, viene rilevata una somestesi positiva di allungamento lombare.

Nell'esperienza 13, il **gesto di intensificazione del Crescere: elevare il capo**, dalla posizione in piedi, la somestesi spontanea rileva una sensazione di tensione (allo SCOM in basso a destra), contrazione (“sollevamento”) lombare e differenza di risposta tra i piedi, in particolare: il piede sinistro è pesante, il destro leggero. Per riequilibrare la distribuzione del carico sui 2 piedi, ho incoraggiato a spostare il carico tra i 2 emilati dapprima passivamente, poi attivamente. Ma il risultato di distribuzione del carico è messo in dubbio da un equilibrio instabile ad occhi chiusi, e dal fatto che ho posto esclusivamente una traslazione sul piano frontale, senza aggiungere anche una componente di rotazione del bacino sul piano trasverso orizzontale.

Nell'esperienza 14, la **gesto di regolazione dell'Aprirsi: ancorare il coccigeo**, dalla posizione in piedi, la somestesi spontanea rileva attivazione di tutto l'arto inferiore e sensazione positiva alla schiena (“non dà nessun problema”).

### 3. 2. PAZIENTE: DARIO

#### Prima seduta

Sono state compiute 7 esperienze.

Nell'esperienza 1, **predisposizione spontanea seduta alta**, il paziente arriva da me, subito dopo una giornata di lavoro. Noto un'accentuata cifosi dorsale, probabilmente dovuta ad affaticamento. Il paziente non ha un abbigliamento comodo, come sarebbe conveniente, e gli chiedo solo di togliere le calzature. Lo invito, poi, a sedersi su una sedia rialzata, ma ancora non abbastanza, come si vedrà di seguito. La seduta è asimmetrica: anca sinistra aperta e piede destro supinato e in appoggio laterale. Domando come si sente seduto, e il paziente mi risponde “bene” aggiungendo che sente minor tensione alla schiena rispetto alla posizione in piedi. Riguardo alla seduta, poi, il paziente confronta questa attuale con quella che ha sul posto di lavoro, dove lo schienale è proteso in avanti: sente che manca l'appoggio per la schiena, ma conferma che sta bene.

Nell'esperienza 2, **gesto del Crescere: avanzare con il tronco**, la sollecitazione motoria provoca aumentato appoggio dei piedi, ma anche resistenza allo scivolamento da parte degli avampiedi. Prendo atto in questo modo che l'appoggio dei piedi non è ben distribuito, ma ricerco la somestesi della coscia. Dato che il paziente non la percepisce, inserisco la strategia di elevazione della seduta. Ma il paziente riferisce soltanto che oltre all'aumento di appoggio sui piedi, il bacino ruota in avanti. Inserisco anche la strategia di avanzamento dell'appoggio dei piedi per facilitarne l'appoggio completo, ma non avendo approfondito la somestesi dei piedi, non ho fatto una scelta felice. Inoltre il paziente mi propone l'ipotesi che il corpo risponda, anche se il soggetto non sente, e poi seccato interpreta la mia ricerca della risposta delle cosce come un'esigenza di verbalizzazione. A questo punto adotto una strategia di facilitazione di intensificazione del gesto, l'avanzamento con le braccia. Il paziente riferisce attivazione dell'addome e della coscia anteriore. Il risultato sembra raggiunto, ma in realtà sarebbe da verificare.

Nell'esperienza 3, al **gesto del Crescere: radicare i piedi**, il paziente risponde con sensazione di elevazione del tronco, ma, forse a causa di una spinta eccessiva, anche con indietreggiamento del tronco. Propongo la strategia di avanzamento del tronco, per equilibrare lo schema trattenuto. Ma il tronco continua a rispondere dirigendosi indietro e l'appoggio dei piedi è spostato verso l'avanti, invece la schiena risulta meno

sollecitata. Introduco, come nel gesto precedente, l'avanzamento delle braccia, per cercare di equilibrare la risposta del tronco e dei piedi. La risposta di elevazione del tronco è confermata, mentre l'appoggio dei piedi è spostato posteriormente. Per trovare il punto in cui i piedi poggiano con tutta la pianta, dapprima richiedo al paziente di sentire come varia l'appoggio dei piedi, durante l'avanzamento del tronco associato all'avanzamento delle braccia, poi richiedo di trovare il punto ricercato. Il punto ricercato corrisponde al tronco quasi verticale, soltanto poco più avanzato. Richiedo anche di trovare la stessa risposta di appoggio completo dei piedi, regolandosi con il solo avanzamento del tronco, cioè senza l'avanzamento delle braccia. Questa volta il tronco si trova più avanzato, e risponde al radicamento con elevazione.

Nell'esperienza 4 **gesto del Crescere: radicare / evocare la risposta dell'addome**, la risposta dell'addome è apprezzata attraverso il tatto. Purtroppo qui mi sono intestardita a richiedere una somestesi diretta, perciò forse ho perso il dato del rilassamento dell'addome. Dico “forse”, perché il paziente ha sostenuto che nella posizione di partenza del gesto, cioè con il tronco avanzato fino al punto in cui è percepita la risposta dei piedi, il rilassamento dell'addome gli è impossibile, perché il baricentro è spostato in avanti e perciò il tronco dev'essere sostenuto dalla contrazione addominale. Poi il paziente cerca di trovare il punto, in cui sentire la risposta dell'addome al radicamento dei piedi, ma non riesce. E io non sono intervenuta con strategie. E il paziente ha concluso che non riesce a sentire, perché non è abituato. A ritroso posso dire che la percezione iniziale è stata chiara, perciò l'addome di partenza è stato rilassato, ma il paziente non ne ha avuto percezione.

Nell'esperienza 5, **gesto di intensificazione del Crescere: elevare il capo**, i piedi aumentano la pressione e la schiena sente tensioni ad altezza basso dorsale e alla nuca. Il paziente ha riformulato il compito, forse in modo sforzato rispetto a quanto richiesto (“raddrizzare il più possibile il rachide”), che però ho approvato. Il paziente associa il gesto alla strategia da lui adottata nelle acuzie: stira il rachide appendendosi alla spalliera.

Nell'esperienza 6, **gesto dell'Aprirsi: aprire le ginocchia**, l'appoggio dei piedi si lateralizza, si manifesta una sofferenza alla schiena, il bacino cede in antiversione. Richiedo di assecondare la tendenza. La schiena manifesta una leggera tensione, e si attivano i muscoli interni ed esterni della coscia. Prendo atto che la sfida non ha messo in difficoltà il paziente. Però gli propongo la strategia dell'ancoraggio coccigeo, perché

possa entrare nelle sue possibilità di muoversi. Ma il paziente non riesce a realizzarlo. Con lo stesso scopo, gli propongo anche l'ancoraggio degli alluci, che dichiara di non riuscire a compiere, ma la schiena si sensibilizza nel punto critico e si attiva l'addome.

Nell'esperienza 7 propongo il **gesto dell'Aprirsi: aprire le mani**. L'apertura, nello spazio inferiore, comporta una leggera attivazione alla schiena basso dorsale, come un sovraccarico. Il paziente, contestualmente, spiega che quando il dolore lombalgico si acuisce, il gesto di raccogliere l'acqua dal rubinetto diventa proibitivo, e la posizione della schiena quando fa quel gesto diventa un campanello d'allarme. Il paziente spontaneamente chiude gli occhi per concentrarsi sulla somestesi. Ho proposto anche alcune strategie espressive: l'apertura della bocca e la massima apertura delle dita delle mani. In quest'ultimo caso, il paziente rileva un aumento della lordosi lombare. L'apertura nello spazio intermedio, provoca attivazione della schiena solo se il gesto è accompagnato ad avanzamento delle mani. Infine l'apertura nello spazio superiore fa percepire una tensione della zona lombare, che si trova bene, il paziente ha la stessa sensazione della trazione per gravità. Dubbia la percezione tonica dell'addome.

## 4. DISCUSSIONE

Oggetto dell'analisi dell'esperienza è stata la risposta del paziente, ma, in quanto fortemente collegata ad essa, anche l'azione del terapeuta. L'obiettivo conoscitivo è stato privilegiare il sapere in fase nascente, cioè il sapere che nasce nel momento dell'esperienza, il sapere del sentire corporeo. Perciò, dal punto di vista metodologico, si è data la precedenza alle scoperte spontanee del sentire, e sull'atto riflessivo che attribuisce possibili significati a queste scoperte spontanee si sono innestate le strategie, cioè adattamenti compiuti per modificare particolari condizioni svantaggiate.

A questo scopo abbiamo fatto rientrare il flusso del dialogo, tra terapeuta e paziente nel corso dell'esperienza, in temi categoriali. Nell'analisi contenutistica, i temi categoriali hanno determinato anche la struttura formale delle unità di esperienza.

Nell'analisi processuale, i temi categoriali sono stati: grado di sviluppo dei temi, guida pedagogica e forme di cognizione. Li percorriamo di seguito.

### 4. 1. GRADO DI SVILUPPO DEI TEMI

È la categoria di base per valutare coerenza ed esaustività della proposta, cioè l'attenzione che si è dedicata per sviluppare il tema dell'esperienza.

#### **Coerenza**

È emersa soprattutto nella proposta delle strategie di regolazione somestesica, introdotte in modo puntuale, preciso, e spesso efficace (vedi sotto).

Incoerenza, invece, è risaltata in più punti, per ognuno dei quali si potrebbe commentare concordemente che si sia trattato di distrazione, *défaillance* momentanea, oppure di smemoratezza, da ansia di prestazione, o di trascuratezza pregressa, cioè la terapeuta non ha approfondito adeguatamente il gesto da proporre, non si è preparata abbastanza. Queste sono le possibili generali cause, ma l'effetto?

Ordinando le esperienze secondo la sequenza ideale dei contenuti di esperienza, considero i punti critici.

Rispetto al significato del gesto di apertura, nell'esperienza di apertura delle mani, mi rendo conto di aver fatto una proposta impoverita. Questa negligenza risale già alla fase di sensibilizzazione, in cui mi sono chiusa a considerare solo l'attivazione tonica dell'addome, senza preoccuparmi delle altre risposte positive che il gesto avrebbe potuto

produrre nei pazienti.

Riguardo alle condizioni di partenza, nel gesto di apertura delle ginocchia, manca la precisazione della condizione di partenza dei piedi. Se l'avessi inserito, si sarebbe potuto scoprire l'adattabilità e la somestesi dei piedi. Nel gesto di avanzare con il tronco nella predisposizione in piedi, manca la limitazione della condizione dei piedi, che è il mantenimento invariato dell'appoggio. Anche questo è stato un errore nel metodo, perché la sua valutazione mi avrebbe permesso di capire più precisamente come la paziente gestisce l'avanzamento del tronco durante il gesto.

Relativamente al compito motorio, nel gesto di apertura delle ginocchia, ho sistematicamente presentato il compito motorio anche con spinta dei piedi a terra, complicando inutilmente il gesto. Questa aggiunta era stata da me fraintesa nel periodo di sensibilizzazione all'esperienza.

In relazione al compito somestesico, nel gesto di radicamento, la terapeuta, subito dopo la strategia di facilitazione a destra, domanda la somestesi del piede, anziché del tronco. La terapeuta, in questo modo ha perso le informazioni utili a scoprire come la paziente percepisce la reazione del tronco, che è lo scopo del gesto. Il compito somestesico è mancato, parzialmente o totalmente, nella gran parte delle esperienze della seconda seduta, con la conseguenza che la terapeuta non ha potuto acquisire dal paziente le informazioni somestesiche, essenziali per l'indagine. Nel gesto di radicamento, ho richiesto una risposta tonica del perineo, che fortunatamente non è stata compresa dalla paziente, che avrebbe solo confuso il quadro. Nel gesto di apertura delle ginocchia, ho richiesto la somestesi di attivazione della coscia anteriore, impropriamente, perché la paziente ha in precedenza affermato che la coscia è attivata.

Infine, guardando all'interpretazione, nel gesto di radicamento, ho attribuito significato atteso a una manifestazione sforzata di attivazione dei glutei, anziché alla risposta del tronco, probabilmente inducendo nella paziente un fraintendimento del gesto.

### **Esaustività**

Si è realizzata in poche esperienze, solo della prima seduta: nell'avanzamento del tronco e nell'intensificazione del crescere con elevazione del capo. Rilevo ancora la mancanza sistematica nella seconda seduta, in cui è stato presentato un compito somestesico parziale. Come giustificazione potrei accampare l'esito della prima esperienza della prima seduta, in cui la richiesta di questo specifico compito è stata disattesa, ma... il

difetto rimane! Un'ulteriore occasione mancata si è verificata nel gesto di apertura delle mani sia in posizione seduta, sia in piedi, dove non mi sono preoccupata di affinare la risposta somestesica dell'addome.

## **4. 2. GUIDA PEDAGOGICA**

Volendo rivolgere l'analisi alla guida pedagogica, ci siamo focalizzati su: ruolo ed efficacia delle strategie di facilitazione, e tipi di difficoltà incontrate.

### **Ruolo ed efficacia delle strategie di facilitazione**

Le strategie di facilitazione o di regolazione somestesica impiegate si sono dimostrate alcune sicuramente efficaci e risolutive per una somestesi positiva.

Nella predisposizione spontanea di seduta alta, è necessario verificare che il paziente si senta seduto bene, pur mantenendo una seduta avanzata: appoggiato bene con gli ischi, ma lasciando libere le cosce. Fondamentalmente si regola l'altezza della seduta, che non dev'essere né troppo alta, né troppo bassa. La mia ipotesi di un'altezza ancora troppo bassa è stata fugata dopo che la paziente ha dichiarato che sarebbe stata più comoda indietreggiando la seduta. Ho provveduto ad elevare la seduta, e la strategia si è dimostrata utile per una somestesi “dritta”.

Nel gesto di apertura delle ginocchia, la paziente manifesta fastidio alla schiena. Probabilmente, ella adotta uno stile cedevole, di inarcamento lombare. La strategia di ancoraggio coccigeo ha allineato la colonna ed è stata risolutiva del sintomo doloroso.

Nell'esperienza di apertura delle mani nello spazio inferiore, la paziente ha manifestato difficoltà percettive nella risposta dell'addome. Ho ipotizzato che la risposta sia presente, ma non sia percepita. Ho introdotto la strategia di “stare sull'inizio”, per restringere l'attenzione più vicino possibile all'istante in cui l'addome si attiva contraendosi. La strategia è stata efficace ai fini percettivi.

Nel gesto di radicamento, la paziente ha trovato difficoltà a compiere la sollecitazione motoria. Forse la difficoltà è stata percettiva, perciò ho proposto una strategia per facilitare il compito, chiedendo di avanzare con il tronco. La strategia si è rivelata utile.

Strategie efficaci solo parzialmente, per motivi diversi, sono state introdotte nelle esperienze che seguono.

Nel gesto di apertura delle mani nello spazio intermedio, la paziente ha manifestato la difficoltà a percepire la risposta tonica dell'addome. Dato che nel gesto di apertura nello



spazio inferiore, immediatamente precedente, la risposta tonica dell'addome è stata percepita chiaramente, ho ipotizzato che si sia trattato di contrazione generale, da crisi da prestazione, e ho proposto una semplice strategia di economia corporea. Ma la contrazione dell'addome è stata incerta, perciò la strategia poco efficace.

Nel gesto di avanzamento del tronco, la paziente ha riferito un appoggio del piede anteriore, che ho interpretato come segno di uno stile trattenuto. Per facilitare l'acquisizione di uno stile dinamico e l'appoggio distribuito su tutta la pianta del piede, ho introdotto la strategia di avanzamento dell'appoggio dei piedi. La strategia, però, non si è dimostrata efficace, con tutta probabilità per un problema pregresso di insensibilità dei piedi.

Infine nel gesto di intensificazione del crescere con elevazione del capo, ho adottato ancora la strategia di avanzamento del tronco, per equilibrare la tendenza in trattenimento manifestata inizialmente dalla paziente. Ma questa volta la strategia non è stata efficace, anzi: ha generato la deviazione opposta, cioè lo schema chiuso.

### **Tipi di difficoltà incontrate**

Ci sono state difficoltà date dalla condizione clinica del paziente. Nel gesto di avanzamento del tronco, soprattutto dopo la strategia di avanzamento dei piedi in appoggio, emerge il problema di piedi sofferenti, che rimangono insensibili alla qualità dell'appoggio. Nel gesto di intensificazione del crescere, con elevazione del capo, lo schema in trattenimento è spiazzante per la terapeuta, che si trova con un senso soggettivo di impotenza a gestire il doppio fronte: lo schema inadeguato della paziente e il proprio senso di incapacità.

La terapeuta, specialmente nella seconda seduta, ha dimostrato di aver perso lo scopo dell'esperienza, soprattutto se si guarda alle consegne del compito somestesico: tutte parziali. Nella predisposizione seduta alta, la terapeuta, dopo aver richiesto l'avanzamento della seduta, pone una domanda chiusa / negativa (“così, stai peggio?”) che ha avuto ripercussioni sulla chiarezza somestesica riferita dalla paziente. Nel gesto di radicamento, a completamento del giudizio validante per la risposta tonica dell'addome, è mancata la spiegazione che lo giustifichi e gli dia valore cognitivo, per esempio dicendo che l'attivazione tonica ricercata si manifesta con sensazioni delicate. Nel gesto di radicamento la formulazione “sui piedi”, anziché “con i piedi”, tende a oggettivare i piedi, oggetto e non soggetto dell'azione. Nel gesto di intensificazione del

crescere, con elevazione del capo, è stata proposta una serie di criteri, rivelatisi fallimentari, per guidare l'allungamento della colonna: proiettarsi in avanti, stare sulla via di mezzo, non procurarsi dolore, sentire libertà di movimento. In occasione dello stesso gesto (elevazione del capo), è stata proposta una serie di limitazioni: non alzare la cassa toracica, immaginare di alzare la testa, che, per la loro inefficacia, hanno portato sconforto alla terapeuta oltre che alla paziente.

Infine, rilevo le difficoltà di incontro tra i due soggetti dell'esperienza. Nel gesto di avanzare con il tronco emerge una divergenza prospettica tra la terapeuta, che cerca di condurre nell'esperienza e il paziente che fugge verso tempi e situazioni avulsi dal presente. Anche nel gesto di elevazione del capo si nota tensione di prospettiva tra il paziente che cerca la guida terapeutica e il terapeuta che è diviso tra la ricerca dell'espressione spontanea e quella di trovare una via allo schema deviato assunto dal paziente.

#### **4. 3. FORME DI COGNIZIONE**

Sono l'aggiunta di sapere derivato dall'esperienza.

##### **Scoperte**

Scopo principale delle esperienze proposte è fare scoperte somestesiche. Anche nel caso analizzato, non sono mancate almeno 2 scoperte evidenti, più un'altra riferita...

La scoperta spontanea della posizione di seduta alta, giudicata “bella”, e dove “non ci si stanca”. La scoperta, nel gesto di apertura delle mani nello spazio inferiore, della risposta tonica dell'addome, espressa con parole semplici (“sembra che si apra, come fanno le mani”) segna il passaggio evolutivo, il salto, dal corpo come insieme di luoghi contigui segregati e indifferenti, al corpo come insieme di luoghi continui in cui si trasmette espressivamente una qualità tonale. È stata poi riferita la somestesi positiva sperimentata, il giorno prima, nel gesto di elevazione del capo, con arrotondamento stretto del collo superiore, con parole di soddisfazione: “ti dava una bella sensazione”. Richiami associativi pertinenti con l'esperienza sarebbero da incoraggiare!

Invece, da parte della terapeuta, le scoperte sono state sul fronte del ruolo di guida terapeutica. La terapeuta è una forte assertrice della guida interna somestesica, ma deve riconoscere il suo ruolo terapeutico di guida e di accompagnamento verso l'autonomia somestesica. Ossia: fidarsi di sé e del proprio sentire è un processo graduale che richiede una guida terapeutica. In accordo con tutto ciò, nel gesto di elevazione del

capo, la paziente ha richiesto alla terapeuta valutazioni in merito alla propria disposizione corporea, e anche definizioni operative sul compito motorio. Una domanda di definizione operativa è stata posta anche nel gesto di apertura delle ginocchia.

### **Interpretazioni**

Voglio anzitutto riportare le annotazioni, fatte dalla paziente e che, se fossero state comprese e accolte, cioè adeguatamente favorite, sarebbero potute volgersi in scoperte. Nel contesto dell'esperienza di apertura delle ginocchia, il paziente commenta ad alta voce “cambiando posizione comincia a trasformarsi qualcosa”. Mi sembra che questa potrebbe essere una prima intuizione della luce che ha guidato i ricercatori della somestesi corporea. E, durante la stessa esperienza, la paziente, alla richiesta da parte della terapeuta di mantenere i piedi “fermi” –fermi, a rigore, non è corretto, perché l'appoggio cambia!- chiosa: “ci vorrebbe una morsa”. Anche questa volta si è presentata una buona occasione per dare modo alla paziente di accorgersi come i piedi si adattano nel movimento delle ginocchia.

Spesso la paziente, soprattutto nella prima seduta, si lascia andare in associazioni spontanee, in cui richiama altre situazioni, alcune esperienze passate, o in cui cerca di dare dimostrazione che una parte del corpo è valida. Richiami alla storia terapeutica rappresentano forse il bisogno di narrarsi, che ci va bene, ma anche una fuga dal sentire del momento presente, che sarebbe conveniente contenere.

### **Giudizi**

Fra le esperienze più problematiche merita di essere rilevato il gesto di intensificazione del crescere con elevazione del capo, in cui la terapeuta ha potuto notare un proprio difetto di gestione strategica. In effetti, il problema di un torace che permane in chiusura e compressione, andando a disturbare la propagazione somestesica avrebbe richiesto di tornare all'esperienza di apertura delle mani nello spazio intermedio per soffermarsi sul senso di apertura del torace, invece è stata abbandonata troppo velocemente. Inoltre sarebbe stato da precisare in modo più fine il senso di arrotondamento stretto del capo: mantenere la linearità verticale, senza flessione in avanti del collo, con lieve arretramento del mento. Quando si mantiene questo carattere lineare e verticale dell'arrotondamento stretto del capo, in genere il torace tende ad aprirsi.

## 5. CONCLUSIONI

### **Interesse**

L'interesse principale di questo lavoro di tesi è metodologico, perché ha permesso di individuare passaggi e strumenti per analizzare complessivamente il vivo dell'esperienza. Dal flusso spontaneo dell'esperienza, abbiamo individuato un metodo con cui rappresentare quest'esperienza, attraverso funzioni strutturanti per l'esperienza. Grazie a questa strutturazione funzionale dell'esperienza, ci siamo dati la possibilità di rifletterci adeguatamente. È stata una metodologia che si è delineata come esigenza nel corso dell'esperienza ed è diventata uno strumento. Con l'analisi contenutistica e strutturale si è predisposto e utilizzato uno strumento di valutazione della conduzione della proposta terapeutica. La critica puntuale dell'esperienza ha avuto anche valore formativo per me, aspirante terapeuta.

### **Limiti**

L'esperienza si è articolata in un tempo eccessivamente ristretto, tale da non riuscire a essere adeguatamente trasmessa al paziente, perché potesse essere da lui acquisita e praticata nella quotidianità. La concentrazione delle esperienze, inoltre, non ha dato la possibilità di apprezzare eventuali cambiamenti positivi nel paziente, mancando lo scopo che ci si era prefissi, cioè assistere al passaggio dalla sofferenza alla qualità somestesica, se non in rari casi.

### **Prospettive**

Forse l'aspetto più problematico, difficoltoso da realizzare ma penso altrettanto entusiasmante è quello di recuperare la sintonia con sé stessi, per essere generosi nel dedicare tempo e costanza e pazienza a questa ricerca, che è anzitutto di coinvolgimento del ricercatore. E, nella fiducia che i frutti usciranno, rendersi disponibili a cogliere gli aspetti cruciali nel paziente per guidarlo verso un cambiamento positivo (Migliorino, 2016).

Una prospettiva generica o scontata ... come l'acqua!

\*Ci sono due giovani pesci che nuotano uno vicino all'altro e incontrano un pesce più

---

\*dal discorso di David Foster Wallace per la cerimonia delle lauree al Kenyon College, maggio 2005

anziano che, nuotando in direzione opposta, fa loro un cenno di saluto e poi dice “Buongiorno ragazzi. Com’è l’acqua?” I due giovani pesci continuano a nuotare per un po’, e poi uno dei due guarda l’altro e gli domanda: “ma cosa diavolo è l’acqua?” ...

## BIBLIOGRAFIA

1. Bienfait M. (1990), *“Scoliosi e terapia manuale”*, Editore Marrapese, Roma
2. Bienfait M. (1995), *“La fascia - Il «pompage»”*, Editore Marrapese, Roma
3. Bienfait M. (1997), *“I disequilibri statici”*, Editrice Speciale Riabilitazione, Milano
4. Bobath B. (1978), *“Emiplegia dell'adulto: valutazione e trattamento”*, Libreria scientifica già Ghedini, Milano
5. Bruno R. (2008), *“Logiche della corporeità”*, FrancoAngeli editore, Milano
6. Cook E. C., Hegedus E. J. (2014), *“Test clinici e funzionali in ortopedia”*, Piccin, Padova, pag 295-324
7. Feldenkrais M. (1991), *“Le basi del metodo”*, Astrolabio, Roma
8. Kendall F. P. (2005), *“I muscoli – Funzioni e test”*, Verduci Editore, Roma, pag 217-230
9. Kisner C., Colby L. A. (2014), *“Esercizio terapeutico. Fondamenti e tecniche”*, Piccin, Padova
10. Merleau-Ponty M. (2003), *“Fenomenologia della percezione”*, Studi Bompiani, Milano (ed. or. *“Phénoménologie de la perception”*, Gallimard, Paris, 1945)
11. Migliorino N. (2010), *“Il gesto terapeutico. Forma e Contatto”*, FrancoAngeli editore, Milano
12. Migliorino N. (2016), *“Delineare i passaggi essenziali del testo di ricerca”*, Padova
13. Morlacchi C., Mancini A. (2006), *“Clinica ortopedica”*, Piccin, Padova, pag 125-142
14. Shusterman R. (2013), *“Coscienza del corpo”*, Christian Marinotti edizioni, Milano

## ALLEGATI

Allegato n. 1

SCHEDA D'INDAGINE sulle forme gestuali del Crescere e dell'Aprirsi

### SITUAZIONE SEDUTA ALTA

FUNZIONI GESTUALI	COMPITI GESTUALI	FENOMENI OSSERVATI IN 3^ PERSONA (da me)	FENOMENI SENTITI IN 1^ PERSONA (dal pz)
<b>Predisposizione spontanea</b>	Mantenersi nella postura seduta spontanea (senza scarpe)	Carattere evidente Asimmetria destra sinistra Schiena: verticale, cifosi, lordosi, scoliosi Ginocchia: allineate, cedevoli internamente o esternamente Piedi: orientamento spaziale, volta plantare, atteggiamento delle dita, orientamento retropiede, tendenza di appoggio mediale o laterale	“come ti senti?” Sensazione generale: comfort, disagio (Ricerca di posizione più confortevole) Schiena? Bacino? Anche? Ginocchia? Piedi? appoggio ben distribuito, anteriore, posteriore, laterale, mediale
<b>Gesti spontanei del Crescere</b>	Avanzare il tronco (forma di movimento del tronco; tensione cosce; variazione appoggio piedi)	Schiena: slanciata (lineare), flessa in chiusura, inarcata in trattenimento Bacino: avanzato, fisso, arretrato Ginocchia: stabili, cedevoli Tensione cosce? Appoggio piedi?	Bacino: movimento e carico (avanzato, fisso, arretrato) Tensione cosce: avanti, dietro, entrambe, differenza tra destra e sinistra Appoggio piedi: ben distribuito, avanti, dietro, differenza tra destra e sinistra Tempo di latenza della risposta.
	Radicare i piedi (tendenza spaziale del tronco; tensione corporea: addome, perineo, schiena, altro)	Tendenza direzionale del tronco: avanti, dietro, alto, basso, destra, sinistra	Tendenza direzionale del tronco: avanti, dietro, alto, basso, destra, sinistra Tensione addome: delicata, inferiore, superiore, generalizzato, nessuna Tensione perineo: sì/no → eventuale regolazione?
<b>Gesti spontanei dell'Aprirsi</b>	Aprire le ginocchia (mantenendo i piedi sullo stesso posto)	Schiena: slanciata, chiusa, inarcamento  Ginocchia: grado e fluidità di apertura, differenze fra destro e sinistro Appoggio piedi: esterno, interno, differenza tra piede destro e sinistro	Tensione addome: generalizzato, inferiore, assente Tensione cosce: interno, esterno, differenza tra coscia destra e sinistra Tensione polpacci: laterale, interno, differenza tra polpaccio destro e sinistro Appoggio piedi: esterno, interno, differenza tra piede destro e sinistro
	Aprire le mani (spazi inferiore, intermedio, superiore)	Schiena: slanciata, atteggiamento in chiusura fissa o inarcamento Bacino: arretrato, avanzato, fisso	Schiena: tensione positiva o disturbante, Bacino: fisso, avanzato, arretrato Tensione addome: inferiore,

		Spalle: aperte, arrotondate, invariate Varianti: ad occhi chiusi; a bocca aperta, con respiro vocalico	generalizzata, sternale  Eventuali differenze fra gli spazi di apertura (piacevolezza, difficoltà ...)
<b>Intensificazioni del Crescere</b>	Elevare il capo	Capo-collo: slanciato, flessione, inarcato (osservare comportamento del mento) Schiena: slanciata, chiusura, inarcamento, deviazione laterale	Radicamento dei piedi: sì/no Tensione addome: sì/no
	Avanzare le mani	Schiena: slanciata, atteggiamento in chiusura fissa o inarcamento Spalle: aperte, arrotondate, invariate	Tensione schiena: confortevole o sgradevole, in cedimento curvo o inarcata
<b>Regolazioni dell'Aprirsi</b>	Aprire le ginocchia con ancoraggio coccigeo	Schiena: slanciata, chiusura, inarcamento, deviazione laterale	Schiena: tensione confortevole o sgradevole
	Aprire mani (spazi inferiore, intermedio, superiore) CON ancoraggio coccigeo	Schiena: slanciata, chiusura, inarcamento, deviazione laterale	Schiena: tensione confortevole o sgradevole

#### SITUAZIONE IN PIEDI

FUNZIONI GESTUALI	COMPITI GESTUALI	FENOMENI OSSERVATI IN 3 <sup>a</sup> PERSONA (da me)	FENOMENI SENTITI IN 1 <sup>a</sup> PERSONA (dal pz)
<b>Predisposizione</b>	Mantenere postura in piedi spontanea (senza scarpe)	Carattere evidente: - orientamento spaziale generale (piani sagittale, frontale e rotatorio) - asimmetria tra i 2 lati - differenza tra corpo superiore e inferiore Rilievi locali: - schiena: curve fisiologiche, chiusura, inarcamento, deviazione laterale - bacino: anti- o retroversione - ginocchia: iperestensione, flexum (uni- o bilat) - piedi: piattismo, cavismo, valgismo retropiede, alterazioni dita	Sensazione generale di benessere, di precarietà, di fastidio, di dolore
<b>Gesti spontanei del Crescere</b>	Avanzare con il tronco (forma di movimento del tronco; atteggiamento ginocchia;	(mantenendo invariato l'appoggio dei piedi) Ripetendo più volte l'inizio: sede di innesco dell'avanzamento. Proseguendo il gesto:	Sede di innesco dell'avanzamento Appoggio piedi: sull'avampiede, sul tallone, invariato Tensione gambe: polpacci,



	tensione cosce; variazione appoggio piedi)	relazioni spaziali e temporali del gesto fra capo, bacino, arti inferiori) Adattamenti articolari locali: caviglie (dorsiflesse, plantiflesse, adattate) ginocchia flesse, (iperestese, erette, morbide) anche-bacino: adattabilità fine, tendenza a fissarsi in estensione-retroversione o a cadere in flessione- antiversione, deviazione rotatoria-torsionale. colonna lombare: tendenza a cifosi o lordosi, gibbo dorsale: tendenza a cifosi o lordosi, gibbo cervicale: cifosi, lordosi Direzione del coccige: in basso, in alto	stinchi; differenze fra i 2 arti Tensione cosce: anteriore, posteriore, differenze fra arti Tensione schiena: posteriore, anteriore (addome) Direzione del coccige: in basso, in alto
<b>Gesti spontanei dell'Aprirsi</b>	(preventivamente e sciogliere le ginocchia) Guardare con le rotule in fuori	Ginocchia: invariate, aperte Bacino: adattabile, fisso, avanzato, arretrato Piedi: supinati, pronati	Risposta di tensione glutea: presente/assente Risposta di tensione addominale: presente/assente Piedi: appoggio invariato, esterno
	Aprire mani (spazi inferiore, intermedio, superiore)	Schiena: slanciata, chiusura, inarcamento, deviazione laterale	Schiena: slanciata, cifosi, lordosi, scoliosi; tensione confortevole o sggradevole
<b>Intensifica zioni del Crescere</b>	Elevare capo	Schiena: slanciata, chiusura, inarcamento, deviazione laterale	Radicamento dei piedi: sensazione più evidente Sensazione sgradita o di comfort
	Avanzare con le mani	Schiena: slanciata, chiusura, inarcamento, scoliosi	Schiena: tensione confortevole o sgradevole
<b>Regolazioni dell'Aprirsi</b>	Aprire le ginocchia con ancoraggio coccigeo	Schiena: slanciata, chiusura, inarcamento, deviazione laterale	Schiena: tensione confortevole o sgradevole
	Aprire mani (spazi inferiore, intermedio, superiore) con ancoraggio coccigeo	Schiena: slanciata, chiusura, inarcamento, deviazione laterale	Schiena: tensione confortevole o sgradevole

TESTO	analisi CONTENUTISTICA t. specifici somestesici, [t. categoriali] t. interpretativi spontanei	analisi PROCESSUALE (formale- valutativa) Sviluppo dei temi guida pedagogica cognizioni
<b>Esperienza 1 Predisposizione spontanea</b>	PREDISPOSIZIONE	
<b>Io:</b> La seduta va bene così, perché hai l'angolo colonna-coscia maggiore di 90°, sennò, se pensi di essere troppo indietro, o di essere seduta male, aggiungiamo spessori. Voglio guardarti anche i piedi, però li hai giusti, nel senso che non li hai valghi (né vari).	Criterio geometrico per la posizione seduta di partenza	
<b>M:</b> no, perché io cammino con le gambe a X, perché mi sono ingrassata...	Giudizio Tr	
<b>Io:</b> però i piedi sono giusti.	<i>pz interpreta la valutaz sui piedi</i>	Tendenza a cercare spiegazioni dei giudizi espressi dal tr
Allora, sempre, da questa seduta qua, volevo chiederti di dirmi se ci sono sensazioni alla schiena.		Il tema è stato esplicitato nella componente della schiena...
<b>M:</b> (M. si massaggia la schiena, muscoli lombari a sinistra) Ho la schiena stanca, perché ho portato 2 secchi d'acqua riempiti diversamente.	Sofferenza som: schiena stanca	
<b>Io:</b> Se ti siedi un po' più avanti, stai peggio (più scomoda)?	<b>Tema: forma d. seduta / qualità d. seduta</b> Strat di predisposiz posturale SPP avanzam. appoggio piedi in funzione regolativa	Domanda chiusa / negativa
<b>M:</b> (No!)		
<b>Io:</b> I piedi toccano su tutta la pianta, giusto?	Incrocio tra forma di seduta (avanti-indietro) e qualità di seduta (dritta-cedevole) <i>La seduta spontanea sarebbe cedevole</i>	...ma non sufficientem nella componente d. piedi in appoggio. Pz: Fuga cognitiva dalla situazione (1)
<b>M:</b> Sì. (Se fossi) seduta spontanea, starei come un sacco di patate che casca giù.	<i>...la posizione "dritta" sarebbe se la seduta è indietreggiata</i> SPP in funzione d. facilitazione: elevaz seduta: somestesi? ...	
<b>Io:</b> Quindi abbassata con la schiena.		
<b>M:</b> Però mi verrebbe più spontaneo stare più dritta, se sto seduta un po' più indietro.	<i>Richiamo della seduta a tavola: posizione dritta grazie al sostegno dei gomiti</i>	Pz: Fuga cognitiva dalla situazione (2) Associaz: a tavola appoggio gomiti → dritta
<b>Io:</b> Allora, secondo me, ti servirebbe un altro cuscino, sì. Anche così, ti verrebbe da stare come un sacco di patate?	... elevaz seduta → dritta	efficacia di elevazione della seduta per una somestesi "dritta"
<b>M:</b> Però seduta a tavola, mi viene da stare così: appoggio i gomiti, ma così mi viene più normale stare dritta.	La posizione è leggermente asimmetrica: linea bisacromiale più elevata a sinistra e arto inferiore destro più abdotto.	Pz cerca giudizio di conferma del Tr, da cui non trova riscontro
<b>Io:</b> E così ti sembra di essere dritta?		
<b>M:</b> Sì, mi sembra di essere dritta. Se mi vedi storta non lo so.		
<b>Io:</b> Mi faccio uno schemino di come ti vedo io. (veduta di fronte)		

<p><b>Esperienza 2 Gestì del crescere: avanzare con il tronco</b></p> <p><b>Io:</b> Adesso facciamo <u>l'esercizio</u> di venire avanti con il tronco, come lo faresti spontaneamente, come l'hai fatto questa settimana.</p> <p><b>M:</b> <u>Devo dirti come sento i piedi?</u> Che <u>il destro poggia più del sinistro</u>.</p> <p><b>Io:</b> <u>Come</u> si contraggono i muscoli delle <u>cosce?</u> Prova a sentire: si contraggono più davanti, più dietro? Se ti è più facile, prova a metterci la mano, per sentire.</p> <p><b>M:</b> Sento che si muove un po' il <u>sinistro</u>, ma più <u>sotto</u>, mi sembra.</p> <p><b>Io:</b> E il destro non lo senti?</p> <p><b>M:</b> Più o meno... Il <u>destro</u> sento che <u>si muove tanto poco</u>, il sinistro molto di più.</p> <p><b>Io:</b> Ma sempre per il solito motivo: che <u>l'arto destro è gonfio?</u></p> <p><b>M:</b> Che ne so! Considera che è abbastanza sgonfia stamattina: riesco a piegarla! Ché di solito non riesco neanche a piegarla!</p> <p><b>Io:</b> Comunque, vabbé, lo senti un po'. <u>Se vieni leggerissimamente più avanti con i piedi?</u></p> <p><b>M:</b> Solo con i piedi?</p> <p><b>Io:</b> Sì, e prova a rifare. Senti sempre la tensione dei muscoli della coscia (avanti e dietro).</p> <p><b>M:</b> Questo (il sinistro) fa <u>più sopra</u>.</p> <p><b>Io:</b> <u>Bene!</u></p> <p><b>M:</b> E questo (il <u>destro</u>) <u>sento sempre poco/niente</u>.</p> <p><b>Io:</b> E sotto, non si sente niente?</p> <p><b>M:</b> Sì, si sente anche sotto, ma sento anche sopra, che prima sentivo meno.</p> <p><b>Io:</b> <u>Devi sentire</u> la coscia che si attiva (che lavora, insomma!) <u>sia sopra sia sotto</u>. Alle ginocchia, senti qualcosa?</p> <p><b>M:</b> No!</p>	<p>GESTO D. CRESCERE (tema) compito: avanzare con il tronco</p> <p>Asimmetria dell'appoggio dei piedi. Piede ds poggia più del sn.</p> <p>Rilevazione somestesica della reazione tonica degli arti</p> <p>Coscia sn si attiva, ma più posteriormente</p> <p>Coscia ds si contrae molto poco</p> <p>Strategia somestesica: avanzam appoggio dei piedi in funzione percettiva</p> <p>coscia anteriore sn si attiva Evidenziato il risultato positivo coscia ds sente poco/niente</p>	<p>pz suggerisce il compito somestesico rivolto ai piedi</p> <p>Il compito somestesico, dato in un secondo momento è limitato alle sole cosce</p> <p>azzardo a far interpretare la minor sensibilità (d. arto destro)</p> <p>Efficacia parziale della strategia</p> <p>Tr orienta sulla percezione somestesica</p> <p>Manca la richiesta somestesica di variazione di appoggio dei piedi!!</p>
---	--	--

**ESPERIENZA 1. Predisposizione spontanea seduta alta**

<b>Temî categoriali</b>	<b>Temî specifici</b>
Somestesi spontanea	Sofferenza somestesica: “schiena stanca” appoggio completo dei piedi
Strategie in funzione regolativa	<u>Strategia di seduta più avanti. Effetti:</u> positivo, ma somestesi è rivalutata... <u>strategia di seduta più alta. Effetti:</u> somestesi dritta.
Interpretazioni e associazioni spontanee	<i>pz interpreta la valutaz formulata sui piedi</i> <i>La seduta spontanea sarebbe cedevole</i> <i>...la posizione “dritta” sarebbe se la seduta è indietreggiata</i> <i>Richiamo della seduta a tavola: posizione dritta grazie al sostegno dei gomiti</i>

**ESPERIENZA 2. Gesto del crescere: avanzamento del tronco**

<b>Temî categoriali</b>	<b>Temî specifici</b>
Somestesi spontanea	Asimmetria dell'appoggio dei piedi: il ds poggia più del sn Coscia sn si attiva, ma più posteriormente Coscia ds si contrae poco
Strategie in funzione percettiva	<u>Strategia avanzamento appoggio dei piedi. Effetti:</u> coscia anteriore sn si attiva anche anteriormente coscia ds sente poco/niente
Interpretazioni e associazioni spontanee	<i>Tr orienta sulla percezione somestesica</i>

**ESPERIENZA 1. Predisposizione spontanea seduta alta**

<b>Temi categoriali</b>	<b>Temi specifici</b>
<b>Grado di sviluppo dei temi</b>	Il tema è stato esplicitato nella componente della schiena, ma non sufficientem nella componente d. piedi in appoggio
<b>Guida pedagogica</b>	Da parte del tr domanda chiusa / negativa con ripercussioni sulla successiva chiarezza somestetica del pz Strategia di elevazione della seduta è efficace ai fini percettivi
<b>Forme di cognizione</b>	Tendenza a dare o darsi spiegazioni dei giudizi espressi dal tr 2 fughe cognitive dalla situazione Associazione del pz alla situazione a tavola: l'appoggio dei gomiti riporta a somestesi "dritta" Pz cerca giudizio di conferma del Tr, da cui non trova riscontro

**ESPERIENZA 2. Gesto del crescere: avanzamento del tronco**

<b>Temi categoriali</b>	<b>Temi specifici</b>
<b>Grado di sviluppo dei temi</b>	Il compito somestesico, dato in un secondo momento, è limitato alle sole cosce Manca la richiesta somestesica di variazione di appoggio dei piedi!
<b>Guida pedagogica</b>	Efficacia parziale della strategia di avanzamento di appoggio dei piedi (rimane l'insensibilità dell'arto destro) Tr orienta sulla percezione somestesica
<b>Forme di cognizione</b>	La pz suggerisce il compito somestesico rivolto ai piedi Azzardo a far interpretare la minor sensibilità dell'arto destro